132.568
63
11

Dr L. IMBERT

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES



MAI 1919



Docteur Léon IMBERT
Professeur à l'École de Médecine de Marseille

BIBLIOTHÈQUE
du Professeur
Maurice CHEVASSU

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Ancien Interne, lauréat des Hôpitaux de Paris
Agrégé des Facultés (Montpellier)
Professeur de Clinique Chirurgicale à l'École de Médecine de Marseille
Ancien Vice-Président de l'Association Française d'Urologie
Correspondant de la Société de Chirurgie
Lauréat de la Société de Chirurgie (Prix Ricord 1891)
Lauréat de l'Académie de Médecine (Encouragement au Prix d'Argenteuil 1899, Prix Magitot 1916)
Lauréat de l'Académie des Sciences (Prix Godard 1904 Mention Prix Montyon 1917)

Recherches sur l'Élimination de la Créosote

(*Bulletin général de Thérapeutique 1892*).

Ces recherches, effectuées dans le service de M. Grasset, à Montpellier, ont montré que la créosote administrée par voie bucale rectale, ou sous-cutanée, s'élimine dans tous les cas et principalement par les urines.

Études sur les Cystocèles

(*Société anatomique 1896-1897, Annales génito-urinaires 1896 et publications ultérieures*).

Études sur le Cathétérisme des Uretères

(Mémoire couronné par l'Assistance Publique de Paris, prix Civiale 1896. Thèse de Montpellier 1898 et nombreuses publications ultérieures).

Ces études furent les premières qui furent consacrées en France à une technique qui a pris depuis un si grand développement. M. Schwartz a présenté en 1897, en notre nom, à la Société de Chirurgie, le premier cas d'hydronéphrose guérie par le cathétérisme des uretères.

Études sur les Tumeurs du Rein

Nombreuses publications sur ce sujet, aboutissant au volume « *Les Tumeurs du Rein* » 800 pages, Masson, éditeur, publié en collaboration avec Albarran en 1903.

Recherches sur la Pathogénie des Grenouillettes

(Revue de Chirurgie 1901, Société Anatomique, Gazette des hôpitaux, Montpellier médical, Société de Biologie) en collaboration avec Jeanbrau.

Ces recherches ont abouti à l'édification d'une théorie nouvelle de la pathogénie des grenouillettes : ces tumeurs ne sont point des kystes de la glande suglinguale, mais des formations d'origine embryonnaire, qui n'ont avec cette glande que de simples rapports de voisinage.

Études sur le Rétrécissement blennorrhagique de l'Urètre chez la femme

(Annales génito-urinaires, Montpellier médical, etc.).

Ces diverses publications tendent à prouver que le rétrécissement blennorrhagique de l'urètre n'existe pas

chez la femme ; lorsque l'urètre féminin est rétréci, la lésion est d'origine cicatricielle : ulcération syphilitique, intervention chirurgicale, plaie obstétricale, etc.

Études sur la Fibrinurie

(*Annales génito-urinaires 1902, Marseille médical, etc.*).

Ces diverses publications sont consacrées à un symptôme fort rare et mal connu : l'élimination par le rein du fibrinogéne, *sans albumine ni sang* ; il en résulte une coagulation en masse de l'urine qui peut se produire soit dans le rein, soit dans la vessie, soit enfin, après la miction, dans un verre ; sous cette dernière forme, la fibrinurie est très caractéristique et, du reste, fort rare.

Études sur la Pathogénie des Phlegmons de la main

(*Journal de chirurgie 1914, Presse médicale 1909, Marseille médical*)

Contrairement à l'opinion classique, le phlegmon de la main est aussi fréquent dans le panaris de l'index que dans celui du pouce ; quant à celui qui succède au panaris du cinquième doigt, il est si rare qu'on peut le considérer comme inexistant. C'est que le rôle des gaines tendineuses est beaucoup moins important qu'on ne le pense généralement : l'infection se propage presque toujours non par les gaines, mais par les lymphatiques et surtout par l'envahissement de proche en proche.

Accidents du Travail

(*Guide du médecin pour l'évaluation des incapacités. 1 vol. Masson, éditeur 1913*), en collaboration avec Oddo et Chavernac

Nombreuses publications relatives surtout aux hernies, aux suites de fractures, à la responsabilité médicale, aux rapports de blessures de guerre avec les accidents du travail, à certaines dispositions législatives nouvelles, etc.

CHIRURGIE DE GUERRE

Plaies pénétrantes de l'Abdomen

(Académie de médecine, Société de Chirurgie de Marseille, Marseille médical etc.).

Depuis plusieurs années nous avons exercé la chirurgie civile dans des conditions qui nous ont permis d'observer et d'opérer un grand nombre de plaies pénétrantes de l'abdomen, et notre statistique est, sur ce point, plus nombreuse que beaucoup de celles qui ont été publiées par des chirurgiens de l'avant.

Nous avions cherché à établir deux points qui nous paraissaient essentiels :

Le premier est que le danger dans une plaie de l'abdomen provient non point du péritoine en lui-même, mais de la lésion de l'organe sous-jacent, et sûrtout de l'intestin ; en d'autres termes une plaie pénétrante simple, au sens où l'entendent les classiques, c'est-à-dire avec ouverture du péritoine pariétal est bénigne : il est donc illogique de l'unir dans une même statistique avec une plaie pénétrante compliquée de lésion de l'intestin, et cette pratique ne peut que conduire à des erreurs d'appréciation.

En second lieu, nous pensons que la précocité de l'intervention, si désirable qu'elle soit, ne garantit pas la guérison ; à la guerre comme dans les hôpitaux de

Marseille, un blessé opéré dans un délai de trois heures est considéré comme opéré précocement ; et cependant la mortalité a été élevée même dans ces cas.

Les résultats fournis par la chirurgie de guerre nous paraissent confirmer ces idées : une plaie pénétrante de l'abdomen, avec lésion viscérale est toujours grave, même si elle est opérée de très bonne heure. Il n'en est pas moins vrai que nous demeurons nettement partisan de l'intervention dont les résultats sont certainement supérieurs à ceux de l'abstention.

Études sur la Chirurgie des nerfs

(*Presse médicale, Académie de Médecine, Société médicale des Hôpitaux de Paris, etc.*),

Ces publications effectuées pour une bonne part en collaboration avec Sicard, ont été faites au début de la guerre ; elles se rapportent principalement à la technique des injections colorées, de l'alcoolisation, etc.

Recherches sur les Troubles de la Marche chez les blessés du membre inférieur

(*Presse médicale, Marseille médical, etc*).

Il n'est assurément pas un chirurgien qui n'ait été frappé de voir combien, chez certains blessés, l'impotence est grave, alors que la blessure paraissait légère ; c'est ainsi que les commissions de réforme ont vu défiler en grand nombre des infirmités "non légitimées" ; la plupart d'entre elles résultaient d'une insuffisante surveillance des blessés, et notamment du port prolongé des béquilles ; ces divers articles ont été écrits pour mettre les médecins en garde contre les conséquences regrettables des blessures légères.

Recherches sur les Greffes libres

(Société de Chirurgie, Académie de Médecine, Presse médicale, Marseille médical, Revue de Chirurgie, Société de Chirurgie, etc.).

Nous appelons greffes libres celles qui sont complètement séparées de leurs connexions, qui sont privées de pédicule.

Nous avons établi tout d'abord un point au sujet duquel certains chirurgiens paraissent encore hésitants, si l'on en croit les publications récentes : les tissus ainsi détachés de toutes leurs connexions, vasculaires, nerveuses et autres, continuent parfaitement à vivre ; il ne s'agit certainement pas d'une sorte de réhabitation ; ce sont les mêmes éléments qui, après une période d'hésitation, reprennent le cours de leur existence ; ceux qui voudront bien consulter notamment nos articles et nos figures de la *Revue de Chirurgie*, et de la *Société de Biologie*, ne pourront conserver aucun doute.

Mais si les greffons " prennent ", ils sont en même temps le siège d'un travail organique d'assimilation qui tend à les faire disparaître. Nous avons été le premier, pensons-nous, à montrer cette évolution dans les greffes cartilagineuses à la Morestin, dont la résorption est actuellement admise assez généralement.

Un dogme classique est que les autogreffes prennent plus facilement que les hétéro greffes ; or nous avons montré que le cartilage de veau se greffe avec la même facilité que le cartilage humain ; mais il subit lui aussi l'évolution régressive grâce à laquelle l'organisme du porteur finit par l'assimiler complètement.

Nous pensons aussi avoir été le premier à montrer par des coupes histologiques nombreuses que le greffon osseux libre peut vivre et vit dans la plupart des cas, à

la condition qu'il ne soit pas trop épais ; il devient alors le siège d'un double travail simultané d'ostéite formative et raréfiante ; suivant que l'une ou l'autre prédomine le greffon tend à disparaître à la façon du transplant cartilagineux, ou bien il participe à la formation d'un cal. Nos expériences nous permettent de penser que ces deux évolutions sont conditionnées par le milieu dans lequel on dépose le greffon : si on le met dans le tissu cellulaire sous-cutané, il se résorbe presque à coup sûr ; si par contre, on l'insère dans un foyer de fracture ou de pseudarthrose, il peut être le point de départ de de la consolidation ; celle-ci se produit alors par un mécanisme qui paraît consister en une action exercée par le fragment sur les extrémités osseuses et vice-versa ; le transplant excite par sa présence l'ostéogenèse des extrémités osseuses ; et celles-ci à leur tour réagissent sur le greffon qui arrive alors à proliférer ; ainsi s'explique la formation du cal dans les pseudarthroses qui guérissent par la greffe osseuse.

Les greffes d'os de fœtus que nous avons entreprises à la suggestion de Lequeux, ne nous ont pas donné des résultats meilleurs que les autogreffes.

Nous signalons ici dans un ordre d'idées analogues, que nous avons présenté un blessé civil qui porte depuis huit ans une plaque métallique appliquée pour combler une large brèche du crâne.

Autoplastie de la face

Nous avons effectué un très grand nombre d'opérations de ce genre ; nous avons publié une technique pour le traitement chirurgical des nez écrasés. (*Marseille médical 1918*) ; nous avons sous presse une technique pour la réfection de la commissure buccale.

Fractures du maxillaire inférieur

Nous avons dirigé depuis sa fondation, en collaboration avec Réal, le service de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale de la XV[e] Région, et nous avons été ainsi amenés à étudier en détail les caractères des fractures du maxillaire inférieur ; l'ensemble de ces recherches se trouve exposé dans un livre publié dans la Collection Horizon : “ Les fractures de la mâchoire inférieure ”, Masson éditeur.

Mais nous avons étudié en outre des points de détail dans de nombreuses publications parues à l'*Académie de médecine*, à la *Société de Chirurgie*, dans la *Revue de Chirurgie*, la *Presse médicale*, le *Paris médical*, le *Marseille médical*, le *Lyon chirurgical*, etc.

Nous avons les premiers signalé la nécessité d'abandonner dans un grand nombre de cas la conception de Claude Martin ; au principe du vieux maître lyonnais : l'articulation interdentaire prime la consolidation, nous avons substitué le principe inverse : la consolidation prime l'articulation,

Parmi les symptômes des fractures mandibulaires, nous avons signalé l'anesthésie mentonnière qui permet d'établir le diagnostic rétrospectivement, après consolidation même parfaite de la fracture.

Nous avons aussi présenté la première étude complète de la fracture de la branche montante avec son défaut d'articulation si caractéristique.

Nos recherches ont particulièrement porté sur le traitement des pseudarthroses, et c'est à cette occasion que nous avons entrepris nos premières expériences sur la greffe osseuse.

Notre article des *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires* a établi pour la première fois les règles

du Professeur
Maurice CHEVASS

qui doivent guider l'expert dans l'évaluation des invalidités consécutives aux lésions maxillo-faciales.

Nous avons essayé d'éclaircir la question de la constriction des mâchoires, qui se posait avec une fréquence inquiétante au début de la guerre : aux formes classiques, cicatricielles, scléreuses et articulaires, nous avons ajouté une forme qui s'est montrée avec une particulière fréquence et que nous avons appelée constriction myotonique, par analogie avec les contractures que l'on observait à la main.

Enfin nous rappelons que nous avons établi un petit musée de moulages en cire destiné à montrer les lésions et les déformations des fractures du maxillaire inférieur ; cette collection a été déposée au musée du Val de Grâce ; elle fournira aux futurs étudiants la démonstration des faits que nous avons observés et des moyens de traitement que nous avons employés.